

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean-Francis GOURDIN

Né le 19 Mars 1913, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 13 JANV 1944 19..

**A propos d'une observation
d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur
chez un nouveau-né**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

n du Candidat : **GOURDIN.**

nom : **Jean-Francis.**

de Soutenance :

méro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

GOURDIN (Jean-Francis). - A propos d'une observation d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur chez un nouveau-né.
— Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 54 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

GOURDIN (Jean-Francis). - A propos d'une observation d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur chez un nouveau-né.
— Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 54 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

GOURDIN (Jean-Francis). - A propos d'une observation d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur chez un nouveau-né.
— Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 54 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

GOURDIN (Jean-Francis). - A propos d'une observation d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur chez un nouveau-né.
— Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 54 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Francis GOURDIN

Né le 19 Mars 1913, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le.....19...

**A propos d'une observation
d'Ostéomyélite du Maxillaire supérieur
chez un nouveau-né**

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	BROCC.
	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	N...
	N...
Clinique gynécologique	PORTES.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	LEVEUF.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LOEPER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	SENEQUE.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	DONZELOT.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophtalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVAILLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique O. R. L.
à la Faculté de Médecine de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital provisoire Piccini

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE LANTUEJOUL

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse et à qui nous
devons tant.*

*En témoignage de profonde re-
connaissance et de respectueux at-
tachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR
LOUIS RIBADEAU-DUMAS
Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu guider nos premiers pas dans la pédiatrie.

En témoignage de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

*Qui fut toujours très bon pour
nous.*

*En témoignage de notre recon-
naissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE CHABROL

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARMAND DELILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR PRELAT

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BRAINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RAOUL BOULIN

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RIBADEAU-DUMAS

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE LANTUEJOUL

MONSIEUR LE DOCTEUR FAVORY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT.

*Tous nos remerciements vont aussi à Monsieur le Docteur
R.-A. MARQUEZY pour l'accueil aimable qu'il nous
réserva dans son service durant quelques mois.*

A PROPOS D'UNE OBSERVATION D'OSTEOMYELITÉ
DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR
CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

À la suite de travaux récents sur la question, il nous a paru intéressant de rapporter un cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un nouveau-né. Cette affection est très rare en effet et, de plus, elle a été rarement observée à un stade aussi précoce de la vie.

Après avoir défini le nouveau-né tel que nous l'entendons, nous exposons notre observation. Elle nous permet d'étudier ensuite l'étiologie, la clinique, le diagnostic, le pronostic, la pathogénie et la thérapeutique de cette affection. Nous essaierons de mettre en évidence l'importance d'un régime bien équilibré chez le nouveau-né infecté.

QU'ENTENDONS-NOUS PAR NOUVEAU-NE ?

Au début de l'existence, on décrit la période du nouveau-né et celle du nourrisson. Ce sont deux périodes difficiles à séparer l'une de l'autre. On ne peut préciser avec soin le moment où le nouveau-né est devenu un nourrisson. Ce qui explique que nouveau-né et nourrisson sont deux termes souvent employés indifféremment l'un pour l'autre. La difficulté de définir le nouveau-né avait déjà frappé M. PARROT qui conclut : « L'enfant nouveau-né est celui qui, né à terme ou non, viable ou non, n'a pas dépassé le deuxième mois de la vie extra-utérine ».

Le nouveau-né, c'est l'enfant de l'accoucheur. L'accoucheur connaît ses antécédents héréditaires. Il a suivi avec soin la mère durant la grossesse. Il a noté les affections ou les incidents qui ont marqué celle-ci. L'accouchement, dont un examen complet lui a permis de prévoir la conduite, marque l'étape la plus importante. L'enfant est né : l'accoucheur sait d'où il vient et comment il est venu. C'est une observation précise et combien utile, prise au seuil de la vie. Si elle ne permet pas de prévoir l'avenir de cet enfant, elle permet du moins d'en comprendre bien des incidents et des accidents qui sont parfois difficiles à interpréter sans elle.

La période **du nouveau-né** débute avec les premiers mouvements respiratoires et au moment où le cordon est coupé. De fœtus vivant en symbiose avec sa mère grâce à son placenta, l'enfant vient d'avoir une existence personnelle.

La période du nouveau-né est caractérisée par un ensemble de phénomènes physiologiques, qui contribuent à créer chez ce petit être un état d'équilibre nécessaire à une croissance normale. Grâce à la technique pneumographique, on peut suivre l'installation progressive d'une respiration normale, acquise grâce à la synergie des muscles du thorax, de l'abdomen et du diaphragme. Un autre point important de cette période est l'adaptation de l'enfant à ses nouvelles fonctions de nutrition. Ce sont celles que l'accoucheur surveille avec le plus grand soin. La régularité des fonctions digestives marque le début de la période du nourrisson. Nous estimons que ce n'est qu'au bout de trois semaines que cette régularité est atteinte chez un nouveau-né normal.

Par nouveau-né, nous entendons donc l'enfant qui, né à terme ou non, n'a pas dépassé la fin de la troisième semaine de la vie extra-utérine.

OBSERVATION

Suivant le plan que nous avons tracé, nous exposons maintenant notre observation prise à la Maternité de Bretonneau dans le service de notre Maître, le Professeur agrégé P. LANTUÉJOUL.

Mme H... est une primipare de 25 ans, à terme, n'ayant aucun antécédent pathologique. Sa taille est de 1 m. 40. Elle présente un bassin généralement rétréci. Présentation du sommet.

Le 6 février 1942 : Après avoir été préparée en vue d'une intervention chirurgicale ou obstétricale possible, elle est admise en salle de travail dès l'apparition des contractions douloureuses.

On pratique l'épreuve du travail. Les contractions utérines sont régulières. Les membranes sont rompues alors que la dilatation est à 5 frs : le liquide est teinté. La tête est encore élevée. L'auscultation montre que l'enfant est bien vivant. Il est facile de suivre par la palpation la descente progressive de la tête. Elle est engagée une heure après la rupture des membranes.

L'accouchement se termine par les voies naturelles 8 heures après la rupture des membranes. Le travail a duré 15 heures.

Le nouveau-né est un garçon pesant 3.090 gr. Il respire aussitôt mais il ne crie qu'au bout de dix minutes.

La délivrance est naturelle, le placenta pèse 490 gr.

SUITES DE COUCHES :

— *Du côté maternel* : Elles se passent normalement sans incident. La sécrétion lactée est insuffisante à partir du douzième jour. Elle est pratiquement tarie au bout d'un mois.

— *Du côté de l'enfant* : On ne note rien d'anormal pendant les dix premiers jours.

La circoncision est pratiquée le cinquième jour et évolue sans incident.

Après une chute de 200 gr. le poids de naissance est repris dès le huitième jour.

Puis le poids reste stationnaire pendant deux jours quand...

Le 17 février, apparaît une tache rouge, d'allure inflammatoire, limitée, d'un centimètre de diamètre environ et située à la partie interne de la région sous-orbitaire droite, près de l'angle interne de l'œil.

Le 18 février : La rougeur s'étend. La région sous-orbitaire est tuméfiée. Un œdème soulève la paupière inférieure, s'accompagnant d'une réaction conjonctivale fibrineuse. La joue est gonflée, douloureuse, le visage asymétrique.

La température est à 37°8. Le poids reste stationnaire à 3.070 grammes.

Le 19 février : Accentuation de la tuméfaction sous-orbitaire qui est dure, douloureuse.

Apparition d'un jetage nasal purulent.

Température à 36°8. Poids stationnaire.

On demande un examen ophtalmologique qui montre :

- globe et paupières normaux,
- pas de réaction conjonctivale, ni de lésions des voies lacrymales,
- la pression de la région du sac lacrymal ne fait pas sourdre de pus au niveau des points lacrymaux.

Il semble s'agir plutôt d'une lésion osseuse plus bas située que la région lacrymale.

On pratique l'examen bactériologique du pus nasal qui révèle la présence de staphylocoque doré. L'hémoculture ne donne aucun résultat.

Avant le résultat de l'examen bactériologique l'enfant a reçu un quart de cc. de propidon.

Le 20 février : L'hémiface droite reste tuméfiée, rouge, douloureuse.

Un écoulement abondant de pus sort par la narine droite.

L'aspect général est mauvais. Température à 36°5.

Chute de poids de 100 gr.

Le Docteur LALLEMAND pratique, sur notre demande, un examen oto-rhino-laryngologique et conclut au diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire supérieur droit, fistulisé dans le vestibule.

Une radiographie de la face est faite.

Le 21 février : L'état reste le même. Le poids est stationnaire. Température à 36°6.

Le traitement suivant est institué, comprenant :

— Anatoxine staphylococcique 1/10^e de cc.

— Dérivé sulfamidé 2255 R. P. : 1 gr. per os.

— Sang maternel intra-musculaire : 5 cc.

Ce traitement sera poursuivi pendant deux semaines.

L'anatoxine staphylococcique est injectée chaque jour : 1/4 de cc. le deuxième jour, 1/2 cc. le troisième, 1 cc. les 10 jours suivants.

Le dérivé sulfamidé est donné à la dose quotidienne de 1 gr. per os pendant 15 jours consécutifs.

De plus, trois séances de radiothérapie locale sont instituées dans la première semaine du traitement.

L'allaitement au sein est suspendu et remplacé par des biberons de lait maternel complétés par du lait de nourrice. Soit sept biberons de 70 gr.

Le 22 février : Il apparaît une fistule sur le rebord gingival antérieur à droite de la ligne médiane, donnant issue à du pus épais, jaunâtre, semblable au pus nasal.

La pression sur la région maxillaire supérieure en provoque l'écoulement abondant. Un stylet introduit dans cette fistule donne un contact osseux à plus d'un centimètre de profondeur vers le haut, soit en plein corps du maxillaire supérieur.

L'examen oto-rhino-laryngologique montre une suppuration massive du maxillaire supérieur, doublement fistulisé.

Toute intervention locale est contre-indiquée.

Le 23 février : Mauvais aspect général. Température à 37°.

Chute de poids de 120 gr.

Pâleur, cyanose, regard fixe.

Première séance de radiothérapie locale.

Le 24 février : Il apparaît une petite tumeur fluctuante sur le versant droit de la voûte palatine. L'effondrement au stylet donne issue à du pus abondant que fait encore soudre la pression sur la face externe du maxillaire. L'orifice osseux est large de un demi-centimètre environ.

Le 26 février : A la pression, le pus s'écoule abondamment par le nez, par la fistule gingivale, mais surtout par le large orifice de la voûte palatine.

L'état général s'améliore. Le poids a augmenté de 25 gr. La face est moins tuméfiée : l'œdème a disparu. Il persiste une asymétrie due au gonflement de la région maxillaire supérieure. La peau est rosée, revenue à la normale.

Le 27 février : En évacuant le pus, un corps dur se présente au niveau de la fistule palatine : il est extrait à la pince.

Il s'agit d'un germe dentaire, ayant l'aspect de la couronne creuse d'une prémolaire.

Une suspension du dérivé sulfamidé 2255 R.P. est injectée par l'orifice fistuleux et trouve issue presque immédiatement par la narine droite.

La fistule gingivale est fermée.

Température 37°8 le soir. Chute de poids de 100 gr.

Les jours suivants : L'état général reste médiocre mais non alarmant.

En particulier, les biberons (7 × 80 gr.) sont absorbés facilement et gardés intégralement.

Le poids oscille pendant une semaine autour de 2.800 gr.

L'issue du pus est provoquée chaque jour par la pression, il s'écoule plus clair et moins abondant.

Chaque évacuation est suivie d'une injection de 2255 R. P. qui ressort par la narine, réalisant ainsi une sorte de lavage.

Le 6 mars : L'aspect général est bien meilleur. L'enfant, âgé d'un mois est vif et éveillé. La fistule donne issue à une petite quantité de séro-pus clair. La tuméfaction du visage a diminué sensiblement.

Arrêt de l'anatoxine et du 2255 R.P. per os.

Dès lors l'état général ne cesse de s'améliorer. L'enfant reprend régulièrement du poids. De 2.800 gr., le 6 mars, il est à 3.100 le 18 mars. Le visage reprend un aspect normal, symétrique. La pression de la joue fait sourdre une goutte de sérosité purulente par la seule fistule palatine.

Le 19 mars : Le lait de nourrice est remplacé progressivement par du lait de vache qui est parfaitement toléré. Le poids continue à augmenter : le 19 mars il est de 3.150 gr. Le 22 il est de 3.300 gr.

Le 3 décembre 1943 : N'ayant pu nous amener l'enfant, comme nous le lui avions demandé, la nourrice nous communique par lettre ces quelques renseignements :

Poids de l'enfant : 11 kg.

Taille : 0 m. 78.

Au point de vue dentition :

8 dents en bas, 7 en haut. La bouche paraît normale.

EN RÉSUMÉ :

A la suite d'un accouchement difficile ayant nécessité l'épreuve du travail, un enfant sain est né à terme, pesant un peu plus de 3 kilogs. Il s'élève bien quand il est atteint d'ostéomyélite du maxillaire supérieur.

— Le début est précoce (poids stationnaire dès le 9^e jour) ; début à bas bruit : indolence, apyrexie ; début marqué par les seuls signes locaux : localisation très haute posant le diagnostic d'une affection oculo-lacrymale.

— Pas de troubles fonctionnels : à aucun moment l'enfant n'a cessé de prendre convenablement les biberons.

— L'atteinte semble très grave à la fin de la première

semaine de l'affection : mauvais aspect général, chute de poids de 225 grammes, température un peu élevée.

— Une amélioration nette apparaît avec l'ouverture de la large fistule palatine et que s'élimine le bourgeon dentaire.

— Au point de vue général, l'enfant peut être considéré comme guéri au bout d'un mois : le poids de naissance est repris le 18 mars.

— L'aspect extérieur de la face est également satisfaisant : la peau est de couleur normale, sans trouble trophique.

— Mais la fistule persiste et l'on peut se demander si d'autres séquestres ne seront pas évacués. De même reste entier le problème du pronostic éloigné au point de vue dentaire.

ETUDE CLINIQUE

DIAGNOSTIC.

A propos de cette observation, nous allons étudier les caractères de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né.

Cette affection, peu fréquente, a été isolée depuis les observations d'AVELLIS en 1898 et de BROWN KELLY en 1904. Il s'agit « d'une maladie générale à localisation maxillaire équivalente de ce que les pathologistes ont coutume de décrire depuis LANNELONGUE sous le nom d'ostéomyélite hémotogène. Théoriquement, cette maladie s'oppose à une maladie strictement locale d'origine dentaire, qui est l'ostéite diffuse maxillaire banale : au point de vue pratique, du reste, ces affections se confondent » (HORVENO). Toute la partie antérieure du maxillaire supérieur étant occupée par les cavités folliculaires, le processus ostéomyélique aboutit à l'expulsion d'un ou plusieurs germes dentaires après laquelle il tend le plus souvent vers la guérison.

L'ostéomyélite du maxillaire supérieur débute chez le nouveau-né à partir de la seconde semaine. On ne trouve aucune observation de cette affection au cours des huit premiers jours. Notre cas compte parmi les plus précoces qui ont été observés.

Si les débiles et les prématurés constituent un terrain favorable à l'infection, les enfants normalement constitués n'en sont pas moins frappés. L'agent microbien le plus souvent en cause est le staphylocoque. Le strepto-

coque et le pneumocoque s'y associent parfois. On a noté aussi la présence du streptocoque hémolytique (TERRACOL) plus rarement du colibacille. AVELLIS aurait même trouvé du bacille tuberculeux.

Quant au point de départ de l'infection, il est souvent difficile à mettre en évidence. Dans certains cas, il semble que l'on puisse invoquer une infection de la mère pendant ou après la grossesse; de même pour les lésions provoquées par les manœuvres obstétricales au cours d'un accouchement difficile. Dans bien d'autres cas, au contraire, tout s'est passé le plus normalement du monde, que ce soit du côté de la mère ou de l'enfant. Aussi, loin d'enlever toute valeur à la porte d'entrée qui semble évidente dans certains cas, nous estimons qu'il faut attribuer plus d'importance au rôle du terrain vis-à-vis de l'infection. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'ostéomyélite du maxillaire supérieur est une affection peu fréquente. Or, il ne manque pas de causes d'infection chez le nouveau-né, malgré toutes les précautions prises. Il semble donc que, quelque soit leur constitution, il existe des petits êtres plus prédisposés que d'autres vis-à-vis de l'infection.

Reprenant point par point notre observation, nous étudions maintenant l'étude clinique de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né. Nous montrons les différents diagnostics qui se posent au cours de l'évolution de cette affection.

Le début peut survenir dès la deuxième semaine après la naissance. On se trouve alors en présence d'un nouveau-né dont la courbe de poids, les selles et la température étaient normales jusque-là. Quand le poids reste stationnaire ou tombe, malgré une alimentation bien réglée. Les selles changent d'aspect, faisant place à de la diarrhée. Quant à la température, elle reste le plus souvent inchangée. L'enfant est plus difficile à alimenter, il dort moins bien, il pleure plus souvent. Il présente parfois des convulsions. Le rythme normal est rompu mais l'état gé-

néral reste bon. Un examen complet, sans omettre l'examen du rhino-pharynx, ne montre rien. De diagnostic, on ne peut en poser. L'apparition de la diarrhée, malgré un régime bien équilibré, fait soupçonner une infection parentérale. Il faut attendre avec la ferme intention de renouveler fréquemment l'examen du rhino-pharynx, de l'oreille et de la mastoïde, les otites et les oto-mastoïdites étant le plus souvent occultes ou discrètes et passant facilement inaperçues. Il s'agit donc d'un début insidieux, à bas bruit que seule une observation quotidienne systématique de l'enfant permet de découvrir.

Bientôt apparaissent des signes physiques localisés à la partie droite ou gauche de la face. Nous entrons dans la phase de tuméfaction de l'affection. Dans notre cas, elle débute par l'apparition d'une tache rouge d'allure inflammatoire siégeant à la partie de la région sous-orbitaire droite, près de l'angle interne de l'œil. On pense alors à un érysipèle de la face : sans doute le bourrelet n'est pas net, l'état général peu atteint. Mais ce sont là les caractères de l'érysipèle de la face chez le nouveau-né. L'évolution de cette tache va nous fixer.

L'œdème de la région sous-orbitaire augmente très vite. Il gagne la paupière inférieure. Il s'accompagne d'une réaction conjonctivale fibrineuse et d'un jetage nasal purulent. Le diagnostic d'érysipèle ne tient plus et l'on s'oriente maintenant vers le diagnostic d'une infection de l'appareil oculo-lacrymal, soit une dacryocystite, soit une rhinite unilatérale due à un corps étranger. Mais les examens de cette région ne montrent rien d'anormal. On pense alors à une lésion osseuse, telle une ethmoïdite. La tuméfaction sous-orbitaire est rouge, dure et douloureuse. Un examen oto-rhino-laryngologique pose alors le diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire supérieur. C'est l'examen de la bouche, difficile à cause de la contraction du masséter, qui précise l'origine de l'affection. En effet, on constate alors un rebord alvéolaire épaissi, élargi, gonflé, œdématié, cet œdème inflammatoire s'étendant sur la

voûte palatine jusqu'à la ligne médiane, sans cependant dépasser celle-ci, la fosse canine est comblée. Au niveau de la canine ou des prémolaires, la gencive est violacée et déjà à ce stade la pression au niveau du point maximum d'inflammation peut faire sourdre par une petite fistule une ou deux gouttes de pus jaunâtre, bien lié, provenant des bourgeons dentaires infectés. A cette période l'état général est mauvais.

Mais on arrive alors à la période de fistulisation. Celle-ci se fait spontanément si une intervention n'a pas ouvert un trajet à l'évacuation du pus. La peau et les muqueuses pâlissent, s'amollissent et crèvent, laissant échapper un pus jaunâtre accompagné de petits séquestres osseux. Ces fistules apparaissent, par ordre de fréquence, au niveau du rebord alvéolaire, à l'angle interne de l'œil, au niveau de la fosse nasale, au niveau du rebord orbitaire inférieur. Tous ces cratères suppurent, donnant à la lésion un aspect véritablement anthracôïde.

L'exploration d'une fistule au stylet, pratiquée au niveau du bord alvéolaire, cas le plus fréquent, permet de pénétrer à travers des fongosités inflammatoires jusqu'à l'os dénudé ou sur quelque follicule dentaire qui s'éliminera. Cette exploration révèle le décollement des téguments de la fosse canine et de la voûte palatine; le maxillaire supérieur baigne dans le pus.

Mais le fait pathognomonique est, au niveau du rebord alvéolaire, l'expulsion d'un germe dentaire, soit spontanément, soit par pression, « c'est une sorte de capuchon en cornet, creux à l'intérieur, à sommet effilé, à base dentelée » (LACASSE).

L'expulsion du germe dentaire est en général suivie d'une amélioration locale et générale. Cependant, comme dans tous les processus ostéomyélitiques, à la phase aiguë succède une phase chronique. Le pus s'écoule par les fistules et il s'élimine par celles-ci de petits séquestres osseux. Si la fistule se bouche, de nouvelles poussées inflammatoires peuvent se reproduire à plus ou moins lon-

gue échéance. La convalescence entrecoupée d'accidents graves s'accompagne d'atteinte profonde de l'état général. Les reprises de l'infection peuvent être mortelles du fait de leur localisation métastatique.

Sur le point de finir ce chapitre, nous voyons que le diagnostic ne peut hésiter qu'au début. L'apparition de troubles digestifs accompagnés d'une poussée de température nous fait soupçonner la possibilité d'une oto-masloïdite si fréquente en milieu hospitalier, mais un examen complet de la région infectée avec l'aide même d'une ponction d'autre ne montre rien. L'apparition d'une tuméfaction palpébrale avec réaction conjonctivale, ou l'apparition d'un état inflammatoire localisé à la région péri-lacrymale, peuvent faire songer à une conjonctivite aiguë ou plus souvent à une dacryocystite aiguë. Dans ce cas, la tuméfaction est plus interne et la pression locale fait sourdre du pus par les points lacrymaux. La rougeur, la tuméfaction du début vers l'angle interne de l'œil peuvent en imposer pour un érysipèle; l'ethmoïdite a un siège plus élevé; quant à la sinusite, si l'emplacement du sinus maxillaire encore réduit à une fente à cet âge, peut être intéressée, la sinusite maxillaire vraie du nouveau-né est d'une extrême rareté. Ce qui permet rapidement le diagnostic, c'est l'examen du nez et surtout de la bouche, montrant le gonflement du rebord alvéolaire et souvent précocement une fistule de ce rebord au niveau d'un des bourgeons dentaires avec apparition de pus; l'élimination du bourgeon par pression au niveau du maxillaire supérieur tranche le diagnostic.

PRONOSTIC.

Si, dans notre cas, l'évolution a été favorable, il n'en reste pas moins que le pronostic de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né est dans l'ensemble très grave. Certes les moyens thérapeutiques actuels, au nombre desquels figure l'apport inestimable de la sul-

famidothérapie, tendent à améliorer de manière très sensible le pronostic. Mais il s'agit d'une infection sévère qui surprend le nouveau-né alors qu'il n'a pas encore réalisé un parfait équilibre pour sa nouvelle existence.

Le pronostic d'une telle affection est fonction de la précocité du diagnostic qui entraîne une mise en œuvre rapide du traitement.

Le pronostic est fonction de l'intensité de l'infection qui peut donner naissance par sa persistance à des complications telles que abcès cérébraux, méningite et d'autres localisations ostéomyélitiques qui assombrissent sérieusement l'avenir en dépit d'un traitement très actif bien conduit.

Enfin et surtout le pronostic est fonction de l'âge de l'enfant, de l'état de ses fonctions digestives et de ses antécédents héréditaires. Si le nouveau-né est un débile ou un prématuré, le pronostic est le plus souvent fatal. Si le nouveau-né est normal, le pronostic sera plus favorable s'il est élevé au sein. S'il est élevé au biberon, on aura à compter avec toutes les petites erreurs de diététique qui auront pu être commises. Même avec un régime bien équilibré, il est d'observation courante qu'un nouveau-né au sein est plus résistant et s'élève beaucoup plus facilement qu'un nouveau-né élevé au biberon. Il en résulte donc que le mode de nutrition et une surveillance attentive des fonctions digestives joueront un grand rôle dans l'établissement du pronostic immédiat.

Quant au pronostic éloigné, notre observation montre que l'aspect extérieur de la face est satisfaisant; la peau est de couleur normale sans trouble trophique. Il ne paraît pas, sauf dans le cas d'une intervention pratiquée trop longtemps pour ablation de séquestres, que le maxillaire supérieur soit modifié dans son ensemble. Au bout de quelques semaines il reprend son volume normal, ne présente ni hyperostose ni atrophie et seule la trace de l'affection qui demeure visible peut être la cicatrice déprimée et adhérente d'un orifice fistuleux déprimé.

Mais il est à prévoir que le système dentaire restera plus ou moins gravement altéré et qu'il faudra faire appel au spécialiste, plus tard, pour l'application d'un appareil de prothèse.

PATHOGÉNIE.

Au point de vue pathogénique, il s'agit d'un processus ostéomyélitique dont les bourgeons dentaires sont nettement le point de départ et le tissu spongieux qui les entoure. L'infection est-elle directe par voie para-sinusale ? Il semble actuellement que cette voie d'infection ne soit pas à retenir. Plus probable est la voie buccale : l'infection des bourgeons dentaires par passage du microbe à travers la muqueuse buccale. Certaines observations paraissent bien confirmer cette pathogénie. Actuellement, on admet plus volontiers la voie hématogène réalisant un processus analogue à celui de l'ostéomyélite des os longs, processus d'origine sanguine, mais jusqu'ici aucune hémoculture n'est venue confirmer cette pathogénie.

La fréquence, d'autres localisations hémosporiques, abcès cérébraux, méningite à staphylocoques, autres localisations ostéomyélitiques, abcès divers seraient en faveur d'une infection d'origine sanguine, se fixant électivement sur les tissus en pleine activité physiologique, comme le sont les bourgeons dentaires et le tissu osseux avoisinant.

TRAITEMENT.

Dès que le diagnostic d'ostéomyélite du maxillaire supérieur est établi, il faut instituer une thérapeutique active. Autrefois, la tendance était chirurgicale, mais actuellement le traitement est essentiellement d'ordre médical. L'ablation des séquestres, les grattages avec larges incisions créaient souvent des lésions irréparables et des déformations graves du maxillaire supérieur. Actuellement, l'intervention se bornera à une incision ou à un débride-

ment au niveau de l'arcade dentaire ou du palais pour permettre l'évacuation du pus ou celle spontanée d'un petit séquestre, ou des bourgeons dentaires infectés.

Le traitement médical, tel qu'il a été institué dans notre cas, comprend un traitement essentiellement anti-infectieux en même temps qu'une diététique très suivie à laquelle nous attachons beaucoup d'importance. Il faut aider par tous les moyens le nouveau-né à se défendre et un régime bien équilibré n'est pas un des moindres. Sans lui, le traitement anti-infectieux, même très bien conduit, sera sans effet.

Pour lutter contre l'infection, nous disposons du propidon, de l'anatoxine staphylococcique et de la sulfamido-thérapie.

Le propidon, vaccin polyvalent de DELBET, est bien supporté par les nouveaux-nés. Dans notre cas une injection de un quart de cc. a été faite. Mais nous retiendrons les conseils de prudence donnés par le Professeur A. LEMIERRE qui, à propos de quelques infections locales à staphylocoques, nous dit : « Notre intention n'a pas été de faire ici le procès des médications de choc et notamment des méthodes dites « vaccinothérapiques » ou mieux « antigénothérapiques ». Nous avons tenu, au contraire, à rappeler, au cours de ce travail, les résultats excellents qu'elles fournissent dans certaines circonstances. Nous avons seulement désiré mettre en garde contre les accidents septicémiques dont elles peuvent être l'origine quand elles s'adressent à des foyers inflammatoires locaux. En pareil cas, il importe, avant d'agir de peser les risques à courir et de décider s'ils valent la peine d'être courus. Il est difficile de prévoir quelle sera l'intensité de la réaction générale et de la réaction locale engendrée par une injection antigénothérapique. Ici interviennent des facteurs de prédisposition individuelle et de sensibilisation occasionnelle à l'agent pathogène infectant, variable suivant les sujets. Nous ne saurions donc mieux

faire que de renouveler à ceux qui veulent utiliser cette méthode thérapeutique le conseil classique de tâter préalablement le terrain, de ne procéder au début qu'à petites doses et, en cas d'échec, malgré l'apparition de phénomènes réactionnels, soit de renoncer à poursuivre le traitement, soit de n'y persévérer qu'avec la plus extrême prudence ».

En 1935, G. RAMON, A. BOCAGE, R. RICHOU et P. MERCIER faisaient connaître les premiers essais réalisés en France, de traitement des staphylococcies cutanées au moyen d'une anatoxine spécifique préparée et contrôlée dans son activité selon le principe fondamental des anatoxines. Alors que jusqu'à ce moment les anatoxines étaient réservées à la prévention de certaines maladies infectieuses, une anatoxine, nouvelle dans sa spécificité, pouvait être efficacement utilisée dans le traitement d'une affection en évolution. De nombreuses observations vinrent affirmer la valeur de cette nouvelle méthode et actuellement l'anatoxithérapie staphylococcique est devenue classique. La posologie est la suivante : Première injection : 0,10 cm³; deuxième injection : 0,25 cm³; troisième injection : 0,50 cm³; cette dernière dose pouvant être répétée mais non dépassée chez les enfants. Dans notre observation, le nouveau-né a reçu une dose plus forte de 1 cm³ sans incident. Les auteurs recommandent de faire des injections de rappel, en cas de récurrence. Ils exposent enfin les règles de la séro-anatoxithérapie staphylococcique qui serait fort utile dans des cas comme le nôtre. Cette méthode consiste en une injection d'anatoxine de 0,10 cm³ et après un quart d'heure et à un autre endroit une injection sous-cutanée ou intra-musculaire de 40 cm³ de sérum antistaphylococcique chez l'enfant. Les injections d'anatoxine sont continuées tous les quatre à cinq jours suivant les doses indiquées précédemment.

Bien que recevant des injections d'anatoxine, le nouveau-né de notre observation a été soumis à la médication sulfamidée. Le point de départ de la sulfamidothé-

pie est la chrysoïdine, substance bien connue dans l'industrie des colorants.

L'étude de ses dérivés azoïques a été particulièrement poussée et DOMAGK en révèle, en 1935, les propriétés anti-streptococciques. Quelque temps après, Mme et M. TREFOUEL, NITTI et BOVET remarquent dans la molécule complexée des azoïques, que seule une partie était essentiellement active : le para-animo-benzène-sulfamide, corps qui a l'avantage d'être polyvalent. Le terme sulfamide désigne donc la partie pour le tout. Mais, dans la molécule de la sulfamide, de part et d'autre du noyau benzène, se trouvent respectivement un groupe aminé et un groupe sulfamidé. Par substitution d'un de ces deux groupes, on est arrivé à des produits dont on a diminué la toxicité tout en augmentant l'action. L'action des sulfamides s'exerce par voie sanguine. Elles semblent posséder un effet essentiellement bactériostatique plutôt que bactéricide. Cet effet permettrait de stimuler les défenses de l'organisme, et en particulier la phagocytose. La formation d'anticorps, à laquelle nombre d'auteurs attachent une grande importance, paraît constituer, dans les infections profondes, graves ou généralisées, un adjuvant très utile à l'action des sulfamides. Le Professeur JEANNENEY et son collaborateur COSTANET, qui ont consacré à l'étude du sang, de l'immuno-tranfusión et des sulfamides de très beaux travaux, concluent ainsi : « Les sulfamides sont des médicaments biogènes qui : *a*) facilitent l'attaque leucocytaire par des phénomènes de « mordantage » de la capsule microbienne; *b*) favorisent et créent de toutes pièces des phénomènes de défense spécifique, en constituant des azoprotéïdes qui sont à la base même des anticorps; *c*) interviennent, enfin, comme de véritables catalyseurs dans toute une série de réactions chimiques (action de salification, formation d'acide glycuronique) qui aboutissent, en définitive, à l'augmentation du pouvoir hémobactéricide des malades ».

La sulfamidothérapie doit être instituée aussitôt que

possible, dès le diagnostic posé et sans trop discuter en pratique la spécificité du germe, lorsqu'il y a urgence, ceci indiquant corollairement d'utiliser un produit polyvalent comme le 1162 F et plus encore ses substitués sur l'amide, 693 ou sulfathiazol (2090 RP).

Une sulfamidothérapie correctement conçue sera :

- d'institution très précoce
- massive et d'emblée massive
- entretenue à doses suffisantes et fractionnées
- dégressive
- d'une seule tenue
- pas trop prolongée (n'excrétant pas 10 jours en moyenne).

Elle doit tout mettre en œuvre pour que le plus tôt possible une concentration suffisante en sulfamide soit en contact et pour le temps nécessaire avec l'agent infectieux, d'où la nécessité fréquente d'un apport local direct.

Au point de vue de la posologie, l'enfant supporte beaucoup mieux les sulfamides que l'adulte. Chez le nouveau-né, on pourra donner 0 gr. 25 à 0 gr. 30 par kilogramme et davantage si la gravité de la situation le réclame. La dose fixée sera donnée par fraction toutes les deux heures tout au long du nyctémère par voie buccale de préférence. On fera des injections de solution sulfamidée dans le foyer même de l'infection s'il est facile à atteindre, comme dans l'ostéomyélite du maxillaire supérieur. On associera la vitamine PP et la vitamine C à cette médication. C'est ainsi qu'il en a été fait dans notre cas.

Tout récemment, à la suite d'observations prises depuis 1941, le Professeur Ch. LENORMANT vante l'association iode-sulfamide suivant la méthode de LEGROUX dans les staphylococcies. L'iode est donnée sous forme d'iodoprotide, combinaison d'iode métalloïdique et de protides dégradés, imaginée par R. LEGROUX et habituellement bien tolérée. D'autres fois, faute d'iodoprotide, on administre la solution de LUGOL à la dose de XXX gouttes par jour

chez l'adulte. L'emploi de cette méthode impose de frapper fort d'emblée, de continuer en diminuant progressivement les doses quand l'amélioration s'est nettement prononcée, d'assurer la guérison par un ou deux cures de consolidation pendant la convalescence. A l'avenir, une telle méthode devrait être tentée dans de nouveaux cas d'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né ou le nourrisson.

A côté de ces moyens d'action thérapeutique, il faut citer les résultats favorables qu'a donné à plusieurs auteurs le bactériophage, mais qui n'a pas été employé dans notre cas.

Parallèlement à une lutte anti-infectieuse bien conduite intervient la nécessité d'un régime équilibré. On ne saurait trop insister sur l'importance de la diététique chez ce nouveau-né qui, en même temps qu'il doit s'accroître, doit emmagasiner des forces supplémentaires pour se défendre victorieusement contre l'infection. Le point capital de l'alimentation réside dans la nécessité de l'emploi du lait de femme. C'est l'aliment spécifique du nouveau-né. Il lui fournit toutes les substances nécessaires sous une forme facilement et complètement assimilable. Mais en raison de la localisation de l'infection et de la douleur qu'elle provoque, la succion est rendue impossible. Aussi donnera-t-on à la cuillère le lait de la mère recueilli à l'aide de la succi-pompe électrique de ABT. La dose sera établie suivant l'âge de l'enfant et répartie en de nombreux petits repas dans les 24 heures. On adjoindra au lait de femme des vitamines, en particulier les vitamines C et PP. De même on pratiquera des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de sang maternel.

Chez les débiles et les prématurés, le régime sera beaucoup plus délicat à établir. Il faudra avoir recours au lait de femme écrémé et au babeurre. Mais ce sont là des enfants qui ne peuvent résister à une infection aussi sévère pour eux que l'ostéomyélite du maxillaire supérieur, mal-

gré tous les efforts faits tant au point de vue anti-infectieux qu'au point de vue diététique.

Le traitement général doit encore lutter contre les perturbations de l'équilibre acido-basique créées par l'infection. On sait, en effet, le facile déclenchement de l'acidose chez le nouveau-né. Reproduisons à ce propos, car on ne saurait mieux dire, ces lignes de J. CATHALA : « Le propre de l'organisme sain est de maintenir à un niveau constant un certain nombre de variables physiologiques, de rétablir des équilibres biologiques que le jeu même des activités vitales modifie à chaque instant. Tels sont la composition centésimale, l'équilibre acide-base des humeurs et des tissus, l'hydratation des protoplasmas, la température centrale. Si la régulation de ces équilibres n'est plus assurée, il se produit un désordre général qui affecte tous les tissus, toutes les fonctions de régularisation des équilibres ont chez le grand enfant et chez l'adulte une souplesse et une solidité qui expliquent pourquoi l'état toxique ne s'observe guère, chez eux, en dehors de certaines infections ou de certaines intoxications exogènes bien définies. Dans les premiers mois de la vie, au contraire, et ceci est d'autant plus vrai que l'enfant est plus jeune, cette fonction est particulièrement labile. Il suffit de causes assez banales, sans spécificité cholérigène, pour que l'organisme soit en perdition ». Pour affirmer et mesurer l'acidose, le secours du laboratoire est indispensable. Une recherche est essentielle : celle du rapport chloré :

$$\frac{\text{Chlore des globules rouges}}{\text{Chlore plasmatique}} = \frac{1,80}{3,60} = 0,50$$

Une recherche est utile mais plus accessoire : celle de la réserve alcaline. Suivant la valeur du rapport chloré, un traitement différent sera employé. Il peut être schématiquement réalisé de la façon suivante :

$$1^{\circ} \text{ Rapport } \frac{\text{Cl GR}}{\text{Cl P}} \text{ élevé avec chlorémie supérieure à}$$

la normale. Injecter du sérum bicarbonaté (50 à 80 cm³ par jour si le rapport est entre 0,50 et 0,55. Au-dessus de 0,55, 100 cm³ par jour. Au-dessus de 0,65, 150 cm³ le premier jour, 100 cm³ les jours suivants. C'est le contrôle humoral qui réglera l'intensité du traitement ultérieur et sa durée.

Cl GR

2° Rapport ——— élevé avec chlorémie inférieure à

Cl P

la normale. Injecter du sérum bicarbonaté et du sérum de RINGER.

Un rapport chloré très élevé, un effondrement de la réserve alcaline sont des signes d'un mauvais pronostic. Cependant, « en neutralisant le déséquilibre par une thérapeutique exactement adaptée à la nature du désordre, on peut avoir les plus beaux succès, malgré les apparences cliniques les plus sévères. C'est ce qu'on observe en pratique quand les lésions viscérales antérieures n'ont pas rendu le sauvetage impossible ». (J, CATHALA).

QUELQUES OBSERVATIONS

OBSERVATION I (BROWN KELLY, 1904).

Pierre X... était, à la naissance, un enfant fort et de constitution apparemment robuste. A l'âge de quatorze jours apparut une tuméfaction des paupières et des joues, des deux côtés. A droite, le gonflement ne fut jamais considérable, dura peu et n'occasionna aucun trouble. A gauche, au contraire, il augmenta rapidement et s'accompagna de bonne heure d'exophtalmie. Au bout de deux jours, du pus commença à couler de l'œil et de la narine gauches, ainsi que de la partie postérieure du rebord alvéolaire supérieur gauche.

A ce moment, l'exophtalmie disparut et la tuméfaction jugale diminua ainsi beaucoup. La sécrétion purulente de l'œil continua pendant un mois encore. Quant à l'écoulement par le nez et par la fistule alvéolaire, il existait toujours lorsque l'enfant fut apporté à BROWN KELLY.

Il avait alors quatre mois et demi. L'état général était bon. Du côté malade on voyait une légère tuméfaction de la joue, mais l'œil avait une apparence normale. Par la narine gauche se faisait un écoulement abondant de pus d'odeur infecte. Du côté de la bouche, on voyait, toujours à gauche, au niveau du futur emplacement de la première molaire supérieure, une fistule donnant passage à du pus. Par ce petit orifice, on apercevait en outre une petite masse dure, d'aspect blanchâtre, que la mère prétendait avoir remarquée depuis longtemps. Cette masse fut facilement extraite et on vit qu'il s'agissait de la couronne de la première molaire : le reste de la dent était détruit et la cavité de l'alvéole regardant en bas apparaissait remplie de fongosités. Après agrandissement de l'orifice, une sonde est introduite qui pénètre dans une cavité relativement large. De l'eau injectée par là vient sortir par le nez, en

ramenant un peu de pus. On pratique ensuite régulièrement des lavages à l'aide d'une seringue, pendant plusieurs semaines; mais un écoulement sanieux continuait par le nez.

L'exploration au stylet de la fosse nasale gauche révéla la présence à la partie postérieure de la paroi externe d'un os nécrosé. Plusieurs séquestres furent extraits, et on observa à la suite la cessation de toute sécrétion purulente, pendant que l'état général s'améliorait rapidement.

L'enfant fut revu à l'âge de sept ans. C'était un garçon parfaitement développé.

A l'examen buccal on remarquait sur le maxillaire supérieur gauche l'absence de dents, à l'exception de la deuxième prémolaire.

L'examen des fosses nasales montrait un léger épaissement de la muqueuse au méat inférieur.

Une enquête fut instituée pour rechercher s'il n'y avait pas eu de traumatismes de la face au cours de l'accouchement. Mais on n'eut aucun renseignement à ce sujet. On ne découvrit pas davantage d'antécédents spécifiques chez les parents, qui avaient des enfants nombreux et bien constitués.

La mère nous apprend que pendant les quatre ou cinq semaines qui suivirent l'accouchement elle eut un écoulement vaginal qui disparut peu à peu spontanément.

OBSERVATION II (*Landwehrmann, in Zeitschrift f. Ohrenheit*).

H. G..., trois semaines, est amené à la clinique de l'auteur le 9 avril 1908, avec cette indication qu'un gonflement au niveau de la mâchoire supérieure droite est apparu il y a huit jours et que, depuis quatre jours, du pus coule par le nez.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires intéressants. L'enfant est né normalement, d'une primipare.

A l'examen, on trouve une température normale. Au visage se voit une forte tuméfaction dans la région du sac lacrymal droit; il n'existe pas la moindre fluctuation. Par en bas, la tuméfaction s'étend jusqu'à l'aile du nez qui est même légèrement prise.

A la voûte palatine, rien de particulier. Le rebord alvéolaire du

maxillaire supérieur droit est un peu plus gros que celui de gauche. Au niveau de la région canine est une fistule d'où s'écoule un pus épais, qui n'augmente pas de quantité sous la pression exercée au niveau de la portion tuméfiée du visage. Un stylet introduit montre la direction du trajet fistuleux en dedans et en haut, à une profondeur de deux centimètres à peu près.

Au moment de l'examen, il n'y a pas de pus dans le nez. L'œil droit ne peut s'ouvrir qu'à demi.

Le lendemain se montre de la rougeur au niveau de la région tuméfiée du sac lacrymal droit, et le 14 avril apparaît la fluctuation. L'incision qui est alors pratiquée donne issue à un pus véritable abondant. Par cet orifice, une sonde pénètre à travers le maxillaire jusque vers la fistule de la région canine. Le curettage ramène des fongosités et des débris osseux ramollis; un germe dentaire est également mis à nu. Dans les jours qui suivent, il y a diminution du gonflement du visage; la plaie d'incision au niveau du sac lacrymal est bientôt fermée.

La suppuration par la fistule de la région canine ne subit pas immédiatement une régression sensible et ce n'est qu'après trois semaines qu'on peut constater une notable diminution.

Au mois de mai, l'aile droite du nez se tuméfie beaucoup et la pression à ce niveau fait sourdre du pus par la narine correspondante. Par la fistule de la région canine un séquestre est éliminé; après quoi la suppuration diminue beaucoup et l'enfant se rétablit peu à peu.

A deux reprises, en juin et en août, s'éliminent encore de petits séquestres. L'enfant quitte la clinique en octobre; à ce moment la fistule de la région canine alvéolaire est fermée.

Quelques remarques complémentaires à faire sur l'évolution de la maladie. La température a été irrégulière, mais a rarement dépassé 38°.

En mai, un germe dentaire a été éliminé au milieu du pus par la fistule alvéolaire.

Quand l'enfant a quitté la clinique (en octobre), une incisive médiane droite venait de faire irruption à la mâchoire supérieure.

Durant son séjour à la clinique, l'enfant a souffert par deux fois

d'une otorrhée droite aiguë; il a eu également la varicelle, ainsi qu'une adénite suppurée sous-maxillaire droite.

Malgré toutes ces complications, l'enfant a très bien résisté; son état général s'est maintenu bon et quand il part, à l'âge de six mois, il pèse 7 kg. 500.

Revu en janvier 1909. La fistule de la région canine s'est maintenue définitivement fermée. Les parents n'ont jamais remarqué de sécrétion purulente à cet endroit. Pas d'écoulement nasal. Rien à la voûte palatine. L'otorrhée ne s'est pas reproduite. Il n'y a pas la moindre asymétrie faciale et l'enfant est en très bon état général de nutrition.

OBSERVATION III (citée par le Docteur FRANÇAIS, in *Archives des Maladies des Enfants*).

Félix C..., vingt jours, entré salle Molland (service de M. BROCA) le 20 avril 1911.

L'enfant est né à terme, a été nourri au sein, et présente apparemment une bonne constitution.

La mère dit avoir remarqué dès les premiers jours qui suivirent la naissance, un peu de tuméfaction palpébrale aux deux yeux.

Vers le cinquième jour, la tuméfaction palpébrale devient plus manifeste à l'œil gauche et s'accompagne d'une rougeur diffuse.

Un médecin appelé fit faire des applications de compresses d'eau bouillie chaude et, pensant à une ophtalmie, prescrivit des lavages, un collyre antiseptique et une pommade. L'enfant ne paraissait pourtant pas souffrir beaucoup, ne pleurait pas et prenait le sein de façon satisfaisante.

Dans les jours qui suivent, la rougeur et la tuméfaction palpébrales s'accroissent à gauche, s'accompagnant d'exophtalmie.

Le 19^e jour après la naissance, la mère remarqua sur la face antérieure du rebord gingival du maxillaire supérieur gauche la formation d'un petit abcès, qui s'ouvrit spontanément, en laissant s'écouler quelques gouttes de pus. C'est alors que l'enfant fut conduit dans le service.

L'examen révèle une augmentation de volume considérable du

maxillaire supérieur gauche, portant surtout sur sa partie moyenne. La peau qui le recouvre est mobile sur l'os sous-jacent et de coloration rosée. Cette teinte s'accroît, devient franchement rouge, à mesure qu'on s'approche de l'orbite.

L'œil gauche est rouge, avec exophtalmie manifeste.

La pression sur le maxillaire supérieur est très douloureuse, en tous points, et fait pousser des cris au petit malade.

Par la narine gauche coule un pus crémeux, abondant.

L'état général n'est point trop déprimé. La température va de 39° à 39°5.

Du côté de la bouche, on aperçoit un gonflement diffus du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche; mais il n'y a aucun point fistuleux.

Opéré le 20 avril. Une incision est pratiquée par le vestibule buccal sur le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche tuméfié. La curette est ensuite poussée à travers l'os et ramène du pus jaunâtre, mélangé de séquestres et de plusieurs germes dentaires, dont quelques-uns non encore ossifiés et de consistance molle. L'instrument effondre facilement toute la masse du maxillaire et va faire sauter le rebord inférieur orbitaire; il est à ce moment senti sous le doigt, au-dessous des téguments œdématisés de la région. La cavité ainsi produite par le curettage est bourrée de gaze, qui la draine du côté buccal.

22 avril : Une amélioration notable s'est produite. La température est descendue à 38°5. L'exophtalmie a diminué considérablement. L'enfant est alimenté à la cuillère; ses selles sont normales.

27 avril : Disparition à peu près complète de l'exophtalmie. La tuméfaction palpébrale a également diminué beaucoup. La température est redevenue normale. Toutefois, les paupières et les conjonctives sont encore un peu rouges; l'enfant ne peut ouvrir complètement l'œil du côté gauche.

Par la mèche de gaze introduite en pleine cavité maxillaire, la suppuration est peu abondante.

20 avril : Elimination par le nez d'un petit séquestre du volume d'un grain de blé. La pression sur la fosse canine gauche fait aussi couler un peu de pus par la narine correspondante.

2 mai : La tuméfaction et la rougeur orbitaire ont totalement disparu. L'œil gauche peut être ouvert aussi grandement que l'œil droit. Les tamponnements à la gaze sont renouvelés régulièrement et montrent que la suppuration n'a guère diminué d'intensité.

L'état général est bon. L'enfant quitte l'hôpital le 11 mai.

Revu le *27 mai* : Le pansement est renouvelé ; on constate que la cavité du maxillaire supérieur s'est comblée en grande partie. La mère nous indique que les mèches introduites pour drainer ne s'y maintiennent plus que quelques heures et tombent. Un léger suintement purulent est encore visible. De plus, il s'échappe une autre petite esquille osseuse nécrosée du volume d'une lentille.

3 juin : Il est devenu impossible de faire tenir une mèche de gaze dans la cavité maxillaire qui est très petite. A peine encore un petit suintement de pus. On constate toutefois un gonflement assez marqué de la région sourcillière et de la paupière supérieures gauches, avec un gonflement plus léger de la paupière inférieure.

Revu le *15 septembre* : Le gonflement orbitaire et palpébral, noté le 3 juin, a disparu spontanément sans aucun autre phénomène grave. Actuellement, l'enfant est dans un état florissant de santé. Il est nourri au sein par sa mère. L'orifice fistuleux du rebord alvéolaire est complètement fermé. En arrière de lui se voit une dent (la seule que l'enfant ait mise encore) ; son aspect est celui d'une canine, de couleur blanche crayeux, de surface dépolie. Elle est plantée obliquement mais solidement. En pressant dessus on n'éveille pas de douleur.

Revu fin *décembre 1911* : L'enfant est présenté à la consultation pour une petite tuméfaction de l'angle interne de l'œil gauche, s'étendant jusqu'à la portion supérieure de l'aile du nez et paraissant intéresser l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Cette tuméfaction est rouge, fluctuante, avec, en son centre, un orifice fistuleux punctiforme.

L'examen de la bouche ne montre rien d'anormal, ni du côté du palais, ni du côté du rebord alvéolaire.

Un stylet introduit par la fistule sous-orbitaire vient butter en arrière sur une surface osseuse dont il est difficile ici d'apprécier l'état. Une incision est faite pour agrandir la fistule et permettre

le passage d'une curette qui pénètre facilement dans le maxillaire et ramène avec des fongosités une couronne de molaire, mince et corrodée. L'enfant ne reste pas à l'hôpital et nous n'en avons plus de nouvelles.

OBSERVATION IV (Broca).

Simone F..., vingt-et-un jours. Entre salle Molland (Enfants-Malades) le 24 décembre 1912. Pas d'antécédent héréditaire. Signalons cependant que la mère a déjà fait un avortement, à la suite duquel elle a dû être curettée à deux reprises.

L'enfant est né à terme, à la maternité. Elle était dès la naissance, souffreteuse, s'alimentant mal. Souvent, après les tétées, une heure après environ, elle rendait par la bouche, nous dit la mère, un pus strié de sang. La température était pourtant normale.

La mère et l'enfant ont quitté la maternité dix-sept jours après l'accouchement. C'est le surlendemain de cette sortie (par contre trois jours avant son arrivée dans le service) qu'apparaît un gonflement de la joue gauche s'étendant jusqu'à l'œil. Un médecin appelé constate en outre la formation, au niveau de la moitié droite de la voûte palatine, d'une collection qu'il incise aussitôt. De plus, il remarque sur le rebord alvéolaire supérieur gauche un point fistuleux donnant une légère sécrétion purulente. Ce point correspond à peu près à l'emplacement futur de la première molaire. L'état général est relativement bon. La température est de 37°5 en moyenne, ne dépassant pas 37°8.

L'opération est pratiquée le jour même de l'arrivée à l'hôpital.

Après administration de quelques gouttes de chloroforme, la fistule alvéolaire buccale est agrandie au bistouri ; puis une curette est introduite en plein tissu osseux ; elle ramène des grumeaux purulents et un germe de molaire. A la curette, on fait sauter une bonne partie du massif maxillaire. Il coule un peu de sang, mais l'hémostase est facilement faite par un tamponnement à la gaze. Au cours de l'opération, du pus mêlé de sang s'échappe aussi par la narine droite.

25 décembre : On enlève la mèche. Il y a encore du gonflement

de la joue droite, mais l'état général paraît meilleur. L'enfant s'alimente au biberon.

28 décembre : Une diarrhée verte apparaît. Le gonflement de la joue a diminué encore. L'enfant peut reprendre le sein et tète bien.

4 janvier : Le gonflement de la joue a disparu. La respiration se fait librement par le nez qui ne donne plus d'écoulement de pus. Un érythème fébrile est apparu. La diarrhée verte persiste.

L'enfant est retiré du service pour être conduit en médecine.

Revu le 14 janvier : Il n'y a plus aucune tuméfaction faciale. Du côté de la bouche, pas de gonflement alvéolaire. Sur la voûte palatine, un peu à gauche de la ligne médiane, on aperçoit encore un petit orifice fistuleux de la surface d'une lentille, par où s'écoule un mince filet de pus.

L'examen du nez au spéculum ne révèle rien d'anormal.

L'état général est satisfaisant ; il y a une diminution très prononcée de la diarrhée verte.

Revue le 22 janvier 1914 : L'enfant a maintenant près de 14 mois. Elle a un très bon aspect général : teint coloré, visage plein, tissus fermes et de bonne qualité. La mère continue toujours à lui donner le sein. Son poids est de 7 kg. 500.

Il n'y a pas la moindre asymétrie faciale. La peau est de couleur et de consistance normales, à droite comme à gauche, facilement mobile sur les plans osseux sous-jacents. La palpation n'éveille de douleur en aucun point.

L'examen de la bouche montre une voûte palatine normale, des rebords alvéolaires également normaux. Il semble cependant que le rebord alvéolaire supérieur gauche soit un peu plus aplati que celui de droite.

Comme dentition, nous trouvons : deux incisives médianes supérieures et deux inférieures. De plus, l'incisive latérale droite pointe légèrement hors de la gencive. Elle en est à ce stade de développement depuis quinze jours, nous dit la mère, et n'a fait depuis aucun progrès.

L'orientation de ces dents et leur solidité d'implantation paraissent absolument normales.

OBSERVATION V (HOFFMANN, 1926).

S... Christiane, âgée de quineze jours, est hospitalisée avec le diagnostic de sinusite du maxillaire droit. Le 18 octobre, on la passe dans un service d'O.R.L.

A l'examen, on constate l'écoulement d'un pus particulièrement épais et jaunâtre; on y trouve une fausse membrane; on élimine le diagnostic de diphtérie nasale à la suite de l'examen bactériologique. L'existence du pus dans la bouche attire l'attention sur cette cavité et au niveau du vestibule du maxillaire supérieur droit on trouve un orifice fistuleux par où s'écoule un pus identique au premier. On retire facilement, avec une pince, le germe de l'incisive médiane. Il existe également, plus en dehors, un second orifice fistuleux, qui conduit sur un autre germe que l'on préfère ne pas enlever.

L'examen bactériologique du pus montre l'existence de staphylocoques prédominants et de streptocoques. Il est regrettable qu'une hémoculture n'ait pas été pratiquée.

Le 20 octobre : Une expression énergique de la joue gauche fait sortir du pus en quantité abondante par le nez et l'orifice vestibulaire. Durant toute cette évolution, l'enfant est resté apyrétique. *Les 19 et 21 octobre*, on fait à l'enfant quatre gouttes de propidon qui semblent être la cause des modifications thermiques observées.

Le 22 octobre : Opération. Anesthésie au chloroforme : très légère et bien tolérée. L'intervention permet de confirmer l'impression clinique : il s'agit d'une ostéite intéressant toute la partie inférieure du maxillaire supérieur. Il existe une communication avec les fosses nasales et la fibro-muqueuse de la voûte est décollée sur toute la moitié droite. On se contente d'établir un large drainage; pour cela on réunit les deux trajets fistuleux du vestibule buccal. On cueille un séquestre et on ramène deux germes dentaires noyés dans le processus ostéitique.

Suites opératoires : L'état général de l'enfant s'améliore.

Il reprend du poids. On pratique des lavages quotidiens dans la cavité à l'eau oxygénée.

Le 30 octobre : L'enfant est repassé dans un service de méde-

cine, où il reste hospitalisé jusqu'au 16 novembre. Il présente durant son séjour un état sub-fébrile, une courbe de poids irrégulière entre 2.750 et 2.650 grammes.

Entre le 13 et le 15 novembre, son poids baisse brusquement. Il présente un abcès de la face antérieure de la cuisse, que l'on incise. Le 16 novembre, on repasse l'enfant dans le service de chirurgie, où le 17 décembre, on doit inciser deux abcès de la face externe du bras. On lui fait un quart d'ampoule de vaccin anti-staphylococcique. Depuis, l'écoulement purulent nasal a cessé, l'enfant présente un bon état général, il reste toutefois un peu sub-fébrile. La mère, hospitalisée, a présenté dans ses suites de couches une phlébite.

OBSERVATION VI (POUJOL, 1933).

Il s'agit d'un enfant né à terme, pesant 3 kg. 250 ; a été accouché après une manœuvre de MAURICEAU (présentation du siège). Il pousse normalement jusqu'au quinzième jour. La mère, âgée de 26 ans, est primipare ; elle a nourri son enfant pendant 8 jours. A noter qu'elle n'a jamais eu de crevasses du mamelon et que les suites de couches ont été normales.

Le 5 juin : L'enfant présente du larmoiement, passe une nuit agitée. Le lendemain, l'œdème palpébral ferme l'œil et déforme la joue. La température n'est pas prise. Dans la nuit du 5 au 6, l'enfant est très agité, il ne cesse de crier.

Le 6 juin : Il est amené à la consultation. On constate une grosse déformation de l'hémiface droite. L'œdème palpébral est très marqué, l'œil droit complètement fermé. Il s'échappe une goutte de pus de l'angle interne de l'œil. La narine droite est bouchée par un petit flocon de pus. Tout le sillon naso-jugal est empâté, surtout dans sa partie supérieure. L'examen buccal révèle sur le rebord alvéolaire, dans la partie palatine, une fistule par où s'échappe un pus jaune.

L'enfant est conduit dans le service d'O.R.L., où on pratique une incision dans le vestibule droit supérieur. Le pus s'écoule assez abondamment. La pression au niveau de la joue accélère cet écoulement. Température le soir, 37°8.

Le 7 juin : Même état local et général. Température 37°6 le matin, 37°8 le soir, lavage de bouche.

Le 8 juin : L'œdème a encore augmenté, surtout entre l'œil et le nez, où il forme un renflement rouge vineux, luisant. L'œil, cependant s'ouvre légèrement. Après cet examen, on pratique un curettage léger par voie alvéolaire qui ramène en plus des débris de consistance plus ferme, qui paraît être un germe dentaire. Température : matin 36°6, soir 37°7.

Le 9 juin : La fistule sous-orbitaire s'est refermée. On constate la présence d'une tumefaction tendue, prête à s'ouvrir au niveau de l'angle oculo-nasal droit. On pratique une incision à ce niveau, il s'échappe du pus en abondance. Bruschettini 1/4 de cc.

Le 10 juin : Débridement de la fistule sous-orbitaire, qui s'est refermée.

Le 12 juin : A la sonde canelée, perception d'un séquestre par la fistule buccale, au niveau de la face externe du maxillaire; l'œdème très diminué. L'œil est rouvert presque normalement. Température : 37°3, 37°8. Lavage des trajets à l'électrargol.

Le 13 juin : L'écoulement devient moins abondant. Les caractères du pus sont peu modifiés. Il est devenu plus séreux.

Le 15 juin : Nouvelle incision de l'angle oculo-nasal où la fistule s'est refermée. On retire par la fistule buccale un germe dentaire (canine temporaire sans doute), conique, brun verdâtre, sphacelé; perception dans la profondeur d'un bloc séquestre.

Le 18 juin : Elimination de deux petits séquestres.

Le 20 juin : L'enfant présentant une chute de poids et des troubles digestifs, est hospitalisé dans le service de médecine. Pendant cette période, en plus des actes chirurgicaux, on a pratiqué chaque jour des lavages des trajets fistuleux à l'électrargol et l'enfant a reçu une série d'injections de vaccin antipyrogène Bruschettini.

Pendant son hospitalisation, l'enfant fit, à plusieurs reprises, des poussées d'otite qui nécessitèrent la trépanation.

A la fin de juillet, on dut intervenir pour inciser des petites collections suppurées qui s'étaient formées au niveau de la face postérieure du bras droit, ainsi qu'au niveau de la face dorsale.

Aux environs du 15 août, la fistule sous-orbitaire s'étant à nouveau refermée, l'enfant fit à ce niveau une nouvelle collection purulente qu'il fallut inciser. L'écoulement par les fistules nasale et alvéolaire se tarit peu à peu et l'enfant sort du service le 4 novembre, pesant 4 kg. 800. Les fistules sont fermées, l'écoulement purulent persiste au niveau de l'angle interne de l'œil.

Deux mois après sa sortie de l'hôpital, l'état général est bon. La fistule sous-orbitaire fermée, il persiste à ce niveau une cicatrice de deux centimètres environ.

On ne constate aucune atrophie ni déformation de l'hémiface.

OBSERVATION VII (Docteur JANET).

B... Christian, âgé de treize jours, entre le 15 mai 1942 à l'Hôpital Hérold. Pas d'antécédents notables, né à terme.

Allaitement maternel jusqu'au 10^e jour. Depuis deux jours, jetage séreux et séropurulent de la narine gauche et œdème inflammatoire de l'angle interne des paupières gauches. Au moment de son entrée à l'hôpital, l'œdème inflammatoire envahit toute la portion gauche du visage, englobant les deux paupières, l'aile du nez, occlusion palpébrale par l'œdème, peau lisse tendue, luisante, blanchâtre; jetage séro-sanguinolent par la narine gauche; température 38°5.

On pense d'abord à un érysipèle et le traitement est constitué par 5 comprimés de Rubiazol. Le 16 mai, l'examen ophtalmologique du Docteur VOISIN conclut à une périocystite phlegmoneuse plutôt qu'à une dacryocystite vraie, suppuration franche primitive ou secondaire à une suppuration nasale. Le soir du même jour un examen oto-rhino-laryngologique montre un abcès alvéolaire au niveau de la fosse canine gauche; le stylet pénètre dans la cavité osseuse, mucopus abondant (staphylocoques au frottis) dans la fosse nasale correspondante.

Un deuxième examen fait le lendemain confirme l'existence d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur avec suppuration de bourgeons dentaires. Toute la gencive supérieure est prise, gonflée, et par le pertuis sourd un pus bien lié.

Le 19 mai : Œdème et gonflement de l'hémipalais gauche qui

laisse sourdre du pus. Bon état général; température 38°-39°; cuti négative.

23 mai : Même état local, le drainage paraît se faire convenablement mais il demeure au niveau de l'angle interne des paupières gauches une tuméfaction rouge tendue.

Le 27 mai : L'état local semble s'améliorer, le palais est dégonflé, il persiste une tuméfaction au niveau de la partie supérieure de la gencive supérieure. Température 37°. Sort le 31 mai apyretique; le traitement a été médical par absorption de sulfathiazol, 4 gr.; injection d'électraïgol, 1 cc. par jour et de sulfamide, 6 gr. en six jours (2255 R.P.).

A sa sortie, bon état général, augmentation de poids normale; il ne subsistait localement qu'un petit pertuis au niveau de la dernière molaire gauche. Quelques jours plus tard, après une petite poussée de température, on extrait un séquestre; il en est de même vers le 15 juin et pendant les semaines suivantes; à plusieurs reprises, poussées de température avec écoulement de pus par le nez, pas de troubles digestifs.

29 juin : Température à 39°; l'enfant abattu refuse le biberon.

30 juin : Entre à nouveau dans le service du Docteur JANET. Température 40°; la fontanelle bombe largement et est très tendue. L'examen local du palais et de la gorge ne montre rien. Contracture nette de la nuque. Kernig. A la ponction lombaire, liquide purulent fourmillant de staphylocoques.

2 juillet : Ponction ventriculaire gauche. On obtient un pus épais puis un liquide séro-sanglant. Injection de néococcyll. Dans la soirée, ponction ventriculaire droite. Liquide séro-purulent très fluide. Tension considérable de la fontanelle, petites convulsions fréquentes prédominant à droite (face et membre supérieur).

3 juillet : Etat grave. Kernig. De nouvelles ponctions ventriculaires ramènent un liquide épais, purulent. L'enfant est emmené *in extremis* par ses parents le même jour. Outre les injections intraventriculaires de néococcyll et de septoplrix, on a donné par la bouche 3 comprimés de 2255 R.P. et 10 comprimés de néococcyll.

CONCLUSIONS

I. — Par cette expression de nouveau-né, on entend désigner l'être humain, envisagé dans les trois premières semaines de son existence. C'est là une délimitation chronologique un peu arbitraire. Mais on comprendra ainsi les premières heures qui suivent la naissance et les divers moments auxquels les remaniements de tissus, d'organes s'opèrent, où certaines formations anatomiques disparaissent : tels le cordon ombilical, le trou de BOTAL. Etant donné les modifications importantes que subit l'organisme infantile et l'adaptation à une vie nouvelle, « aérienne », il est plausible d'assigner à cette période une durée de trois semaines.

II. — L'ostéomyélite du maxillaire supérieur est une affection qui se rencontre rarement chez le nouveau-né. Elle peut survenir au cours de la deuxième semaine après la naissance. Elle aboutit à l'expulsion d'un ou plusieurs germes dentaires après laquelle elle tend le plus souvent vers la guérison.

III. — L'étude clinique de cette affection comprend trois phases :

a) un début insidieux ;

b) une période d'état, avec une phase aiguë comprenant une période de **tuméfaction** locale à laquelle fait suite une période de fistulisation ;

c) une période chronique pendant laquelle s'éliminent les séquestres osseux et peuvent prendre naissance les complications à distance.

IV. — Le diagnostic s'il ne se pose réellement qu'au début est difficile. Il se fait grâce à un examen systématique de la bouche de l'enfant.

V. — Le pronostic immédiat est très sévère chez le nouveau-né. Il est d'autant plus grave qu'il s'agit d'un débile ou d'un prématuré.

Le pronostic éloigné montre un système dentaire plus ou moins gravement atteint et il faudra faire appel au spécialiste plus tard pour l'application d'un appareil de prothèse.

VI. — Au point de vue pathogénique, on admet actuellement la voie hémato-gène réalisant un processus analogue à celui de l'ostéomyélite des os longs.

La fréquence d'autres localisations hémosporiques seraient en faveur d'une infection sanguine, se fixant électivement sur les tissus en pleine activité physiologique, comme le sont les bourgeons dentaires et le tissu osseux avoisinant.

VII. — La thérapeutique d'autant plus active que le diagnostic est précoce comprend :

1° La lutte anti-infectieuse pour laquelle nous avons recours à la séro-anatoxithérapie associée à la sulfamidothérapie. Il nous semble intéressant d'employer à l'avenir l'association iode-sulfamide selon la méthode de R. LE-GROUX;

2° Une diététique rigoureuse dans laquelle le lait de femme tient la première place.

Il faut, en outre, surveiller l'équilibre acido-basique du nouveau-né infecté à l'aide du rapport chloré. On ramènera celui-ci à sa valeur normale par l'emploi à bon escient du sérum bicarbonaté ou du sérum de RINGER ou des deux à la fois.

Cette seconde partie du traitement est capitale si l'on veut obtenir de bons résultats de la lutte anti-infectieuse.

Vu,

**Le Doyen :
BAUDOUIN**

Vu,

**Le Président de Thèse :
LEMAITRE**

**Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GILBERT GIDEL.**

BIBLIOGRAPHIE

- ARCY-POWER. — *Soc. Path. Londres*, 2 novembre 1897.
- AVELLIS (de Francfort). — *Münch. Med. Wochenschr.* 1898, p. 1433.
- BERTENIS. — L'ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nourrisson. *Ann. Malad. de l'oreille et du larynx*, juin 1927.
- BOURGEOIS (R.). — Encyclopédie médico-chirurgicale : Pédiatrie, tome II, p. 4061, 6.
- BRONNER. — Zur Kinderosteomyelitis des Gauglings. (Bruns Beitrag, 1925).
- BROWN-KELLY. — *Edinburgh Med. Journal*, oct. 1904, p. 302.
- BROCA. — Soc. d'Anatomie de Paris, 1913, p. 47. Cliniques.
- BOCAGE et DECHAUME. — Quelques observations d'ostéites des maxillaires traitées par l'anatoxine staphylococcique. *Revue de Stomatologie*, avril 1937.
- BLOCH. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un nourrisson, traitée et guérie par l'anatoxine staphylococcique. *S. M. H.*, 6 mars 1936.
- CHABRUN (J.). — Modification de l'équilibre acido-basique au cours des troubles digestifs de la première enfance. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, tome I, p. 4059-C.
- COLLET. — Sinusite du maxillaire du nouveau-né. *Ann. des Malad. de l'oreille et du larynx*, 1906.
- et MOUNIER-KUHN. — *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1932.
- DECHAUME et COURRIER. — Ostéite, diffusée du maxillaire supérieur. *Revue Stomatologique*, novembre 1935.
- DECHAUME. — Considérations sur le traitement des ostéites et ostéomyélites des maxillaires. *Presse Médicale*, 16 février 1938.

- DEFOUG (P.). — Phlegmon orbitaire du nourrisson et ostéomyélite des bourgeons dentaires. Soc. d'ophtal. de l'Est de la France, dans *Bull. de la Soc. d'Ophtal. de Paris*, 1934, p. 180.
- DOLLFUS (M.-A.). — L'ostéomyélite orbito-maxillaire des nourrissons d'origine dentaire. *Le Nourrisson*, n° 5, septembre-octobre 1943.
- DUJARDIN. — Phlegmon de l'orbite chez le nouveau-né. *Annales Oculistiques belges*, 1888, p. 94.
- FRANÇAIS. — Thèse de Paris, 1913-1914.
- HARVIER et PERRAULT. — Sulfamidothérapie.
- HORVÉNO. — Thèse, Paris 1942.
- HOIZEAU et DECHAUME. — *Encyclopédie médico-chirurgicale. Stomatologie*, p. 22.078.
- LANTUÉJOUL (P) et GAUTHEY (M.). — Gynécologie et obstétrique, p. 211, séance du 6 juillet 1942.
- LENORMANT (Ch.). — Le traitement de LEGROUX (Iode-sulfamide) dans les staphylococcies chirurgicales. *Presse Médicale*, 24 juillet 1943.
- LEMIERRE (A.). — Les septicémies consécutives aux chocs médicamenteux. *Bulletin Médical*, n° 25, 15 octobre 1942.
- MAX. M. LÉVY. — L'acidose et l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson. *Collection Médecine et Chirurgie pratique. Pédiatrie*. Masson et Cie.
- METZGER et HÉRAUX. — Les premiers jours du nouveau-né. Gauthier-Villars, édit.
- PAUNY. — La nécrose du maxillaire supérieur chez le nouveau-né et le nourrisson. *Zeitschr. f. Hals-Nasen*, 1926, t. XI, n° 1.
- POUYOL. — Thèse de Paris, 1933.
- RAMON (G.), MERCIER (P.) et RICHOU (G.). — L'anatoxithérapie spécifique des affections staphylococciques. Précisions sur la conduite du traitement. *Presse Médicale*, n° 35, 25 juillet 1942.
- REVERCHOM. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez un enfant de trois semaines. *Bruxelles Médical*, 1933.
- RIBADEAU-DUMAS (L.). — L'emploi des sulfamides chez le nourris-

SOL. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 14, 25 juin 1941.

SORREL. — Des divers traitements qu'il convient d'appliquer aux différentes formes d'ostéomyélite aiguë. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 1, 1^{er} janvier 1937.

SCHONBAUER. — La genèse de l'ostéomyélite des maxillaires. *Wien. Klin. Wochenschr.* n° 31-32, 31 juillet 1936, p. 999.

TERRACOL. — L'ostéomyélite du maxillaire chez le nourrisson. *Arch. Intern. de Laryngologie*, vol. VII, 1928, p. 552.

WEISSMAN et FIOCRE. — Le sinus maxilaire chez les nouveaux-nés. *Ann. des Malad. de l'oreille et du larynx*, 1906.

WUHRMANN (Hans). — Ostéomyélite des maxillaires. *Revue Suisse d'odontologie*, 1932.



